

TERMO DE CONSENTIMENTO

Pelo presente,,
documento de identidade nº, declara o
conhecimento e a concordância de que seus atendimentos realizados pelo(a)
psicoterapeuta.....,
CRP/CRM nº....., serão posteriormente supervisionados pela equipe
formada por profissionais graduados em Psicologia ou Medicina matriculados no Cognitivo
Educativo, instituição formadora de terapeutas cognitivos-comportamentais em nível de Pós-
Graduação. O presente consentimento poderá ser retirado a qualquer momento e as
informações serão mantidas sob sigilo de acordo com as normas éticas vigentes.

.....,de.....de.....

Assinatura

(cópia do documento de identidade do paciente deve ser anexada ao Termo de
Consentimento e entregue em mãos ao Professor Supervisor)